

PHỤ KHOA VÀ VÔ SINH

ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC ĐỘ III-IV HAI THÌ, PHẪU THUẬT PHỤC HỒI THÀNH ÂM ĐẠO KẾT HỢP NỘI SOI TREO TỬ CUNG TRỰC TIẾP VÀO THÀNH BỤNG

Phan Xuân Khôi, Hoàng Nữ Phú Xuân

Tóm tắt

Sa sinh dục là một bệnh khá phổ biến ở phụ nữ, đặc biệt tuổi tiền mãn và mãn kinh. Ứng dụng phẫu thuật nội soi vào điều trị bệnh lý này vẫn còn hạn chế; đã có nhiều tác giả mô tả kỹ thuật cố định tử cung vào mỏm nhô trong điều trị, tuy nhiên phương pháp này đòi hỏi những tiêu chí kỹ thuật nghiêm ngặt và chi phí đắt tiền... Năm 2008 chúng tôi đã có đề tài 'Kỹ thuật nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng trong điều trị sa sinh dục'. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm tuy nhiên có một tỷ lệ sa thành âm đạo - bàng quang tái phát, do vậy từ tháng 1 năm 2010 chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu 'Điều trị sa sinh dục độ III - IV hai thì, phẫu thuật phục hồi thành âm đạo kết hợp nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng'. **Mục tiêu:** Trình bày kỹ thuật và đánh giá hiệu quả bước đầu của phương pháp Điều trị sa sinh dục độ III - IV hai thì, phẫu thuật phục hồi thành âm đạo kết hợp nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp với 33 bệnh nhân sa sinh dục độ III-IV. **Kết quả:** Trong số 33 bệnh nhân được điều trị, có đến 11/33 trường hợp (33,33%) trong độ tuổi 70-79; có 12/33 trường hợp (36,36%) độ tuổi 60-69 tuổi; có 20/33 trường hợp sa sinh dục độ IV (66,61%) ; có 13/33 trường hợp sa sinh dục độ III (39,39%). Cả 33 trường hợp (100%) đều được phẫu thuật thành công với thời gian phẫu thuật trung bình là 49,54 phút,(thì một 30,45 phút, thì hai 13,79 phút). Thời gian hồi phục sức khỏe là 8,72giờ. Không có tai biến nào xảy ra trong quá trình phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật và không có trường hợp nào bị sa tử cung, sa âm đạo tái phát sau phẫu thuật. **Kết luận :** Đây là một kỹ thuật mới lần đầu tiên được áp dụng thành công tại Bệnh viện hữu nghị Việt Nam- CuBa Đồng Hới. Kỹ thuật đơn giản, phẫu thuật ít xâm lấn, hạn chế tai biến, rút ngắn thời gian phẫu thuật và phục hồi sức khỏe, mang tính thẩm mỹ và sự hài lòng cao. Kỹ thuật chỉ đòi hỏi các thiết bị phẫu thuật nội soi cơ bản, không làm tăng chi phí cho người bệnh và có thể áp dụng cho các cơ sở y tế có khả năng phẫu thuật nội soi từ cơ bản. **Từ khóa:** Sa sinh dục, hai thì, phẫu thuật nội soi, treo tử cung, trực tiếp.

Abstract:

Two-Stage Treatment for Prolapsus At Level III – IV, Combination Of Vaginal Wall Recovery and Endoscopic Suspension Of Terine Against The Abdominal Wall

Prolapsus is a quite common disease among women, especially in pre-menopause and

menopause period. Still, the application of endoscopic surgery in treatment is considerably restricted. Researchers applied the technology in which the uterine hangs up against the promontofixation in treatment; however, strictly standardized technique and expensive equipments are required. In 2008, the procedure of “the endoscopic suspension method of uterine against abdominal wall for prolapse” was reported. This procedure was proved advantageous though there was a minor proportion of prolapsed vagina wall-bladder recurrence. Thus, from January 2010, the study two-stage treatment for prolapsus at level III - IV, combination of vaginal wall recovery and endoscopic suspension of uterine against the abdominal wall. **Objectives:** Describe technologies and evaluate the initial efficiency of the two-stage treatment for prolapsus at level III - IV, combination of vaginal wall recovery and endoscopic suspension of uterine against the abdominal wall. **Material and Methods:** In the study, 19 patients who had prolapse at level III – IV are applied the two-stage treatment for prolapsus at level III - IV, combination of vaginal wall recovery and endoscopic suspension of uterine against the abdominal wall. **Result:** Among 33 patients were treated, there were 11/33 cases (33,33%) at age group of 70-79, 12/33 at age group of 60-69; 20/33 cases of prolapse at level IV (66,61%) ; 13/33 cases of prolapse at level III (39,39%). All cases (100%) were operated successfully within the average time of 49,54 minutes (step one lasted 30,54 minutes, step two lasted 13,79 minutes). The recovery time was about 8,72 hours. There were no tractatrophe occurred during the surgery, all patients were satisfied with the results and no patients had the prolapse recurrent after the surgery. **Conclusion:** This new method firstly was applied in Viet Nam-Cuba Dong Hoi Hospital and proved to be successful. The technique is simple, less invasive, limits complications, shorten operation time and health recovery, brings the aestheticism and satisfaction. It is requires basic endoscopic-surgery equipments, the expenses is unchanged and can be applied for health institutions with basic endoscopic surgery capacity.

Key words: Prolapse, Two-stage, Endoscopy Surgery, hanging up the uterine, directly.

Khoa Phụ sản BV Hữu nghị Việt Nam - CuBa Đông Hới.

Đặt vấn đề

Sa sinh dục là một bệnh lý khá phổ biến ở phụ nữ, gặp nhiều ở lứa tuổi tiền mãn và mãn kinh, đẻ nhiều lần, lao động nặng, chế độ dinh dưỡng kém. Tuy nhiên, bệnh lý này cũng có thể xảy ra ở những phụ nữ trẻ tuổi, đang ở tuổi sinh đẻ. Bệnh gây nên những khó khăn trong sinh hoạt, lao động thường nhật và còn gây những biến chứng khác kèm theo... Tỷ lệ bệnh lý sa sinh dục ở phụ nữ Việt Nam chiếm khoảng 2% trong tuổi hoạt động tình dục, gần 8% ở phụ nữ từ 40-50 tuổi [2,12], khoảng 8,5% ở độ tuổi từ 40 đến 70 tuổi và 10% ở độ tuổi từ 70-90 tuổi [13]. Tỷ lệ này là 21% trong số phụ nữ 18-50 tuổi ở Mỹ và 2-13% trong số phụ nữ ở lứa tuổi trẻ tại Pháp [7].

Điều trị bệnh lý sa sinh dục chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật mở với

các phương pháp đang được áp dụng khá phổ biến như Manchester, Crossen, Lefort...[3] tuy nhiên còn có những hạn chế trong chỉ định và các tai biến khi phẫu thuật. Ngoài ra còn có các phương pháp treo tử cung gián tiếp vào thành bụng qua dây chằng tròn hoặc làm ngắn... nhưng có tỷ lệ gây tắc ruột và sa lại khá cao. Hiện nay nhờ sự tiến bộ đột phá của phẫu thuật nội soi (PTNS) nên khuynh hướng áp dụng PTNS vào điều trị sa sinh dục đang rất được ưa chuộng ở các nước Châu Âu [7]. Ở nước ta phẫu thuật mở điều trị sa sinh dục vẫn đang được thực hiện thường quy còn PTNS chỉ mới được áp dụng bước đầu với kỹ thuật treo tử cung vào mỏm nhô, vốn đã được báo cáo bởi nhiều phẫu thuật viên trên thế giới. Tuy nhiên kỹ thuật

này phức tạp và chi phí thiết bị đắt tiền [1]. Từ tháng 4/2008 đến 01/2010 chúng tôi đã hoàn thành đề tài với kỹ thuật phẫu thuật nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng trong điều trị sa sinh dục, nhưng có một tỷ lệ sa bàng quang tái phát. Để khắc phục sự khiếm khuyết này từ ngày 06 tháng 01 năm 2010 chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu mới, điều trị sa sinh dục độ III - IV hai thì, phẫu thuật nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng kết hợp phẫu thuật đường âm đạo, tại Bệnh viện hữu nghị Việt Nam-Cu Ba, Đồng Hới.

Mục tiêu: Trình bày kỹ thuật và đánh giá hiệu quả bước đầu của phương pháp điều trị sa sinh dục độ III - IV hai thì, phẫu thuật phục hồi thành âm đạo kết hợp nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân sa sinh dục độ III-IV, được giải thích và đồng ý áp dụng phương pháp điều trị sa tử cung độ III-IV hai thì.

• Phân độ sa sinh dục theo Baden walker

- Độ 1: Khối sa còn trong âm đạo
- Độ 2 : Khối sa ra tới âm hộ
- Độ 3 : Khối sa ra ngoài âm hộ
- Độ 4 : Khối sa toàn bộ ra ngoài và sa

toàn bộ thành âm đạo

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý với phương pháp mới này.

- Có các bệnh khác liên quan đến tử cung cần can thiệp (như u xơ, tăng sinh nội mạc tử cung, tổn thương cổ tử cung.....)

- Các bệnh lý khác đang diễn biến nặng không có chỉ định phẫu thuật nội soi

Đối tượng nghiên cứu: Với các tiêu chuẩn như trên, đã có 33 bệnh nhân sa sinh dục được tuyển chọn để áp dụng kỹ thuật điều trị sa sinh dục độ III-IV hai thì, tại Bệnh viện hữu nghị Việt Nam - CuBa

Đồng Hới.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp.

Kỹ thuật tiến hành

Phương tiện trang thiết bị: Bộ phẫu thuật mổ và nội soi cơ bản đã được trang bị ở các phòng mổ. Kim khâu tử cung thân tròn, đầu bầu, 3/8 vòng. Kim có nòng mang thông lọng và chỉ không tiêu 1.0.

Các bước tiến hành:

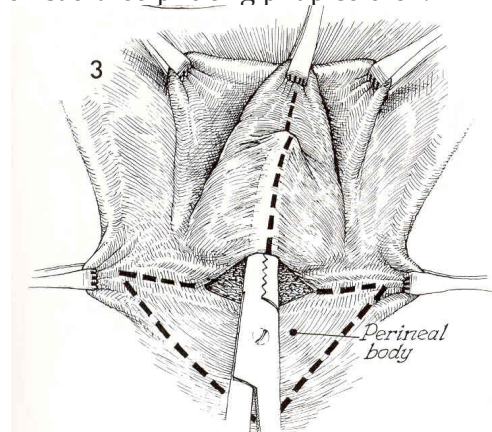
- Thì 1. Phục hồi thành âm đạo.

- Phục hồi thành trước âm đạo: Rạch niêm mạc âm đạo đường dọc từ dưới đáy bàng quang bị sa 0,5cm lên đến phía dưới lỗ niệu đạo 1cm (qua lớp mạc quanh niêm mạc âm đạo) tách mặt trước bàng quang khỏi mạc bao quanh niêm mạc âm đạo bộc lộ mặt trước bàng quang và mặt trước vùng niệu đạo - bàng quang tiếp theo :

+ Tạo hình niệu đạo: phẫu thuật đơn giản này được gọi là khâu đột chỗ nối niệu đạo-bàng quang). Đó là biện pháp nhằm nâng cao vùng nối niệu đạo bàng quang bằng cách khâu lớp cân dưới vùng này [4].

+ Nâng bàng quang bằng cách phục hồi thành trước âm đạo: khâu hẹp mạc quanh âm đạo và niêm mạc âm đạo sẽ có tác dụng giữ bàng quang lên cao không sa xuống (sau khi xén mảnh niêm mạc âm đạo dư sau bóc tách) [3]

- Phục hồi thành sau âm đạo và tăng sinh mô sau theo phương pháp cổ điển.

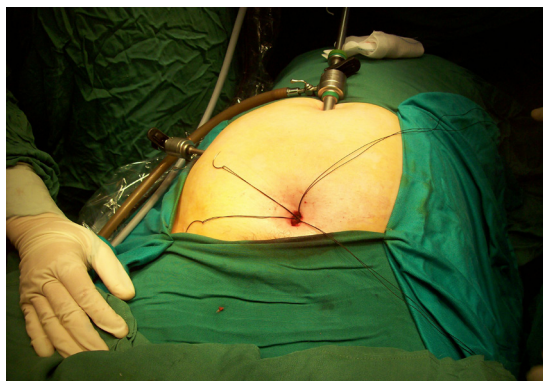


• Thì 2 : Treo tử cung trực tiếp vào thành bụng bằng phương pháp nội soi :

- Đặt 3 trocar: 1trocar 10 ở rốn mang kính soi, 1 trocar ở mạng sườn phải mang kẹp kim, 1 trocar trên vệ 1cm mang kẹp phẫu tích để hỗ trợ khâu và qua lỗ rạch da này để treo tử cung vào thành bụng.

+ Đặt trocar thứ nhất ở rốn sau khi bơm hơi vào ổ bụng kiểm tra ổ bụng;

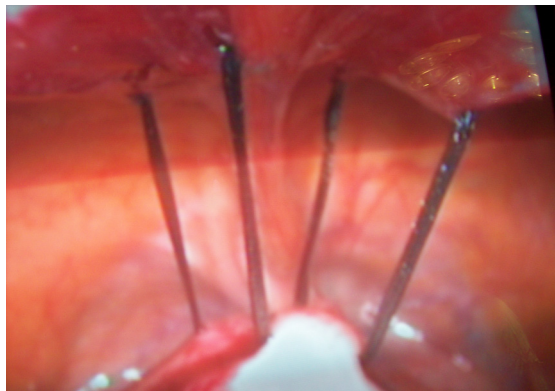
+ Đặt trocar thứ hai ở mạng sườn phải, cho bệnh nhân tư thế đầu thấp, đẩy ruột lên trên. Rạch da thành bụng trên vệ 1cm bóc tách rộng tổ chức dưới da, mỡ đến cân cho đủ rộng. Xuyên kim khâu có chỉ không tiêu, mũi thứ nhất chéch xuống dưới, mũi thứ hai chéch lên trên cách đường trắng giữa 2-3cm về bên phải. Dùng kẹp kim kẹp kéo hai kim vào trong ổ bụng.



Hai mũi chỉ treo tử cung vào thành bụng

+ Đặt trocar thứ ba giữa vết rạch trên đường trắng giữa bên trái hai mũi kim vừa xuyên vào thành bụng. Đưa kẹp phẫu tích vào bộc lộ tử cung, kéo tử cung lên, gỡ dính (nếu tử cung có dính), dùng kẹp phẫu tích cố định tử cung, sau đó xuyên kim khâu thứ nhất vào tử cung phía trên eo (tránh mạch máu), xuyên kim thứ hai vào thân tử cung cách đáy khoảng 2-3cm (tránh khâu vào vòi trứng), hai mũi khâu này song song với nhau, lấy trocar thứ ba ra khỏi thành bụng. Chọc kim có nòng mang thông lộng để lấy hai kim khâu ra khỏi ổ bụng. Bằng cách chọc kim thứ nhất chéch xuống dưới, kim thứ hai chéch lên trên bên trái cách đường trắng giữa

bên trái 2-3cm (ngang mức hai mũi xuyên kim bên phải) đưa kim khâu vào thông lộng để kéo kim khâu ra khỏi thành bụng.



Hai mũi chỉ treo tử cung vào thành bụng

+ Xả bớt hơi ổ bụng sau đó buộc hai nốt chỉ cố định tử cung vào thành bụng, kiểm tra không chảy máu rút hết trocar khâu lại ba lỗ trocar trên thành bụng.

+ Khâu da, dấu chỉ



Tử cung đã được treo vào thành bụng

Theo dõi sau phẫu thuật: Bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ tình trạng sức khỏe và các tai biến có thể xảy ra trong thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Sau khi ra viện, các bệnh nhân được tiếp tục theo dõi kết quả điều trị tại nhà để phát hiện khả năng tái phát hoặc các biến chứng muộn..

Vấn đề đạo đức nghiên cứu

- Điều trị sa sinh dục độ III-IV hai thì, đã được Hội đồng khoa học kỹ thuật Bệnh viện hữu nghị Việt Nam-CuBa Đồng Hới phê duyệt.

– Bệnh nhân được giải thích và đồng ý áp dụng kỹ thuật điều trị sa sinh dục độ III-IV hai thì.

– Các tai biến nếu có trong quá trình phẫu thuật sẽ được xử trí kịp thời, đầy đủ.

– Các thông tin về bệnh nhân sẽ được giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích điều trị và nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi	N	Tỷ lệ %
≤ 39	2	6,06
40-49	1	3,03
50-59	4	12,12
60-69	12	36,36
70-79	11	33,33
≥ 80	3	9,09
Tổng cộng	33	100

Bệnh nhân trẻ nhất là 36 tuổi, già nhất là 84 tuổi. Số lượng bệnh nhân tăng dần theo nhóm tuổi. Bảng 1. cho thấy có tới 11/34 bệnh nhân ở độ tuổi 70-79, chiếm 36,36(%) trong khi chỉ có 02/19 trường hợp dưới 39 tuổi, chiếm 6,06(%). Nó phù hợp về lứa tuổi bệnh lý sa sinh dục gặp chủ yếu ở tuổi tiền mãn và mãn kinh. Nguyên nhân do sự thoái hóa ở tuổi già, bởi tình trạng thiếu estrogen làm các thớ cơ teo đi, xơ cứng, mất tính đàn hồi [2,12,13]. Ở người bệnh trẻ dưới 49 tuổi tỷ lệ bệnh thấp hơn với chức năng sinh lý chưa thay đổi nhiều, mặt khác ở lứa tuổi này có thể do họ mặc cảm, hổ thẹn bởi những sa sút về thể chất nên ít khám chữa bệnh [7] và có thể độ sa sinh dục nhóm tuổi này thường nhẹ hơn. Kết quả nghiên cứu này chúng tôi chỉ định phẫu thuật điều trị sa sinh dục có thể tiến hành ở mọi lứa tuổi kể cả những bệnh nhân quá già (70 ≥ 80 tuổi) cũng có

03 trường hợp tuổi trên 80 phẫu thuật tốt. Trong khi đó, phẫu thuật mở phương pháp Crossen nặng nề chỉ áp dụng cho nhóm tuổi dưới ở bệnh 60. Nhóm tuổi trên 60 tuổi áp dụng kỹ thuật Lefort là những bệnh nhân không có nhu cầu quan hệ tình dục[3].

Bảng 2. Phân bố số lần sinh của bệnh nhân

Số lần sinh	N	Tỷ lệ %
1-2	3	9,09
3-4	11	33,33
5-6	14	42,42
7-8	3	9,09
>8	2	6,06
Tổng cộng	33	100

Đa số bệnh nhân sa sinh dục đều sinh đẻ nhiều lần (3- 8 lần); có 25/33 bệnh nhân có 3-6 lần sinh, chiếm 75,75(%); có 2 bệnh nhân sinh từ 8 lần trở lên. Về nguyên lý sinh đẻ nhiều lần gây nên nhiều sang chấn vùng tầng sinh môn, làm cho sự phục hồi các dây chằng nâng đỡ bộ phận sinh dục rất khó khăn gây nên sự sa sinh dục [2,12,13]. Ngoài ra sinh con nhiều sẽ suy giảm kinh tế ảnh hưởng đầu tiên đến sức khỏe người mẹ, thiếu dinh dưỡng dẫn đến suy nhược toàn thân gây nên sự cơ giãn thớ cơ yếu, trương lực của các thớ cơ, xơ nâng đỡ bộ phận sinh dục yếu dẫn đến sa sinh dục[13].

Bảng 3. Bệnh lý kèm theo của bệnh nhân

Tiền sử	N	Tỷ lệ %
Cao huyết áp	8	24,24
Tim (hở 2 lá)	1	3,03
Vết mổ	3	9,09
Khác(nang gan,viêmctc)	2	6,06
Không	19	57,57
Tổng	33	100

Có 11/33 bệnh nhân có bệnh lý kèm

theo; trong đó chủ yếu là cao huyết áp có 8/33 (24,24 %); cao huyết áp cũng là bệnh lý gặp nhiều ở những người lớn tuổi. Tuy nhiên với kỹ thuật phẫu thuật này đơn giản, nhẹ nhàng nên chúng tôi có thể phẫu thuật ngay sau khi huyết áp tạm ổn định; kể cả với một bệnh nhân tuổi già bị hở van hai lá vẫn đề nghị được phẫu thuật và phẫu thuật an toàn. Phẫu thuật thì 1 chỉ là phẫu thuật đường âm đạo không phức tạp. Thì 2 phẫu thuật nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng cho bệnh nhân sa sinh dục là một phẫu thuật ít xâm lấn và hiệu quả, do vậy có thể áp dụng ở mọi lứa tuổi nếu sức khỏe chung của bệnh nhân không chống chỉ định phẫu thuật [4].

Bảng 4. Phân độ SSD

Phân độ	N	Tỷ lệ %
Độ III	13	39,39
Độ IV	20	66,61
Tổng	33	100

Đa số bệnh nhân 20/33 trường hợp, (chiếm 66,61%) là sa sinh dục độ IV, và 13/39 trường hợp(39,39%) sa sinh dục độ III. Người phụ nữ Việt Nam vất vả, chịu khó, chịu thương đến khi bệnh nặng họ mới đến cơ sở y tế khám bệnh, mặt khác do sự e dè, dị nghị, mặc cảm, nên họ thường đi khám muộn [11]. Kỹ thuật điều trị sa sinh dục hai thì áp dụng tốt cho sa sinh dục độ III-IV bảo tồn tử cung cho khả năng sinh đẻ và không ảnh hưởng đến quan hệ tình dục. Trong mổ mở mỗi kỹ thuật chỉ áp dụng cho từng độ sa, Manchester mổ sa độ II, Crossen mổ sa độ III và < 60 tuổi không sinh đẻ, Lefort mổ sa độ III và > 60 tuổi không quan hệ tình dục, đây là những kỹ thuật mổ mang tính xâm lấn có thể gây nhiều biến chứng.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật theo thì

Thời gian	Thì 1		Thì 2	
	n	tỷ lệ %	n	tỷ lệ %
<15	0	0	13	39,39
16-20	0	0	18	54,54
21-30	15	45,45	2	6,06
31-40	18	54,54	0	0
Trung bình	30,45p		13,79	

Thời gian phẫu thuật:

- **Thì 1.** Là thì làm lại thành trước âm đạo gồm tạo hình niệu đạo, nâng bàng quang lên và làm thành sau (nâng trực tràng), Trong đó có 15/33 trường hợp (45,45%), thời gian phẫu thuật từ 21-30 p; có 18/33 trường hợp (54,54%) thời gian phẫu thuật là 31-40p. Thời gian phẫu thuật trung bình thì 1 là 30,45p, đây là thì quan trọng dự phòng sa bàng quan tái phát, như kỹ thuật treo tử cung đơn thuần theo phương pháp nội soi có tỷ lệ 30,6% sa bàng quang độ II[6] . Mặt khác thì này còn tạo hình niệu đạo sẽ hạn chế són tiểu sau này.

- **Thì 2.** Là treo tử cung trực tiếp vào thành bụng bằng nội soi. Kỹ thuật mới này rất đơn giản, chỉ cần khâu hai mũi chỉ ở tử cung treo lên thành bụng nên thời gian phẫu thuật trung bình là 13,79 phút tất cả bệnh nhân 31/33 trường hợp(93,93%) được phẫu thuật xong trong vòng 15-20 phút. Thì này chúng tôi phẫu thuật nhanh hơn nghiên cứu trước đây hơn 2 phút,(thời gian treo tử cung trực tiếp vào thành bụng trung bình là 16,4 phút[6]), có thể do sau này kinh nghiệm và thao tác nhanh hơn.

Bảng 6. Tổng thời gian phẫu thuật

Thời gian	N	Tỷ lệ %
30-40	3	9,09
41-50	13	39,39
51-60	16	48,48
61-70	1	3,03
71-80	0	0
Trung bình	49,54p	100

Trong 33 trường hợp có 13/33(39,39%) thời gian phẫu thuật khoảng 41-50p và có 16/33(48,48%) thời gian phẫu thuật 51-60p. Như vậy hoàn thành phẫu thuật điều trị sa sinh dục độ III-IV hai thì thời gian trung bình chúng tôi thực hiện 49,54p, đây là một thời gian không dài, kỹ thuật đơn giản nên có thể áp dụng ở phụ nữ tuổi già trên 80 tuổi. Trong khi đó phương pháp treo tử cung vào mỏm nhô đòi hỏi kỹ thuật phức tạp hơn nhiều do phải bóc lột mỏm nhô, tạo đường hầm dưới phúc mạc từ mỏm nhô hướng về cùng đồ sau, bóc lột thành sau âm đạo, bóc lột eo cổ tử cung, mở 2 cửa sổ dây chằng rộng, đặt prothese từ eo cổ tử cung qua hai bên dây chằng rộng- thành sau âm đạo cùng đồ sau và lên mỏm nhô, phủ lại phúc mạc che lại prothese và kiểm tra niệu quản, do đó thời gian kéo dài hơn nhiều: 115 phút theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi và 190 phút theo Rivoire [7,11]. Nếu mổ mở thì thời gian phẫu thuật còn kéo dài hơn nữa, như theo Benson là 215±47 phút [7].

Bảng 7. Thời gian phục hồi sức khoẻ

Thời gian	N	Tỷ lệ %
6h	3	9,09
6h-8h	7	12,12
8h-10h	16	48,48
10h-12h	7	12,12
Tổng	19	100
TB	8,72 giờ	

Tất cả bệnh nhân 33/33(100%), đều phục hồi sức khỏe trong vòng 12 giờ sau phẫu thuật. Thời gian hồi phục sức khỏe trung bình là 8,72 giờ, chỉ tương đương với thời gian thoát thuốc mê; đa số hồi phục sức khỏe trong vòng 8-10 giờ (16 trường hợp, chiếm 48,48%) và có 03 bệnh nhân (9,09%) hồi phục trong vòng 6 giờ. Như vậy với kỹ thuật này, chỉ trong một thời gian rất ngắn bệnh nhân có thể đi lại, sinh hoạt gần như bình thường. Có được điều này là do đây là một kỹ thuật đơn giản, ít xâm lấn; thời gian gây mê và phẫu thuật ngắn nên ít gây đau đớn, bệnh nhân thoát mê nhanh.

Bảng 8. Độ sa tái phát

Độ sa	TC		BQ	
	N	%	N	%
Độ 0-I	33	100	33	100
Độ II-III	0	0	0	0
Độ III-IV	0	0	0	0
Tổng	33	100	33	100

Sau phẫu thuật, cả 33/33 bệnh nhân (100%) qua theo dõi tử cung, bàng quang đều ở vị trí độ 0-I, không có bệnh nhân sa tử cung và bàng quang tái phát. Nghiên cứu của chúng tôi trước đây không phẫu thuật thì 1 (phẫu thuật âm đạo) nên có đến 11/36 trường hợp (30,6%) sa bàng quang độ II và không có trường hợp nào sa độ III đó là những trường hợp bàng quang sa độ II sau phẫu thuật, đều là những trường hợp sa tử cung độ III-IV, tử cung và bàng quang ra hẳn ngoài âm hộ, trước phẫu thuật [6]. Trong khi đó, kết quả treo tử cung vào mỏm nhô của Rivoire, phẫu thuật cho 138 trường hợp được theo dõi 31 tháng, thất bại 12 trường hợp có sa độ III-IV[7]. Trong phẫu thuật mở cũng có một tỷ lệ sa lại 15% trong vòng 1 năm [13]. Như vậy phương pháp điều trị hai thì này đã khắc phục tình trạng sa bàng quan tái phát sau phẫu thuật.

Bàn luận**Đánh giá tai biến phẫu thuật**

Chúng tôi chưa gặp tai biến nào trong phẫu thuật. Ở thì 1 là phẫu thuật đường âm đạo chủ yếu làm lại thành âm đạo nên đây là phẫu thuật bên ngoài ổ bụng, đơn giản. Thì 2 là PTNS treo tử cung trực tiếp vào thành bụng cũng là một kỹ thuật đơn giản nên chúng tôi chưa có trường hợp nào chảy máu phải sử dụng dao điện lưỡng cực cầm máu, không hút rửa ổ bụng, ổ bụng hoàn toàn sạch. Như vậy phẫu thuật hai thì này cũng là một phẫu thuật với kỹ thuật đơn giản, ít xâm lấn, nên tai biến hiếm xảy ra. So sánh với kỹ thuật treo tử cung và mổ mỏ thì là một kỹ thuật phức tạp hơn nhiều, can thiệp rộng cho nên có nhiều nguy cơ tai biến hơn. Các tác giả luôn phải kiểm tra tổn thương niệu quản sau phẫu thuật, Rivoire gặp tai biến 2/138 trường hợp tổn thương bàng quang và viêm bàng quang 17%[7]. Trong mổ mỏ tai biến nặng nề chảy máu, đứt niệu quản, rách bàng quang....ảnh hưởng đến quan hệ tình dục[13].

Đánh giá sự hài lòng của đối tượng nghiên cứu

Tất cả (33/33) bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. Sau 1tuần mọi sinh hoạt thường nhật trở lại bình thường, họ không đau đớn, và không són tiểu hoặc ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe sau phẫu thuật. Theo dõi định kỳ 3 tháng 1 lần sau ra viện, chúng tôi có lịch tái khám hoặc qua phòng vấn xem xét kết quả điều trị bệnh nhân không biến chứng và triệu chứng phụ nào xảy ra. Trong khi đó, kỹ thuật treo tử cung vào mỏm nhô là kỹ thuật phức tạp hơn và kinh phí cao hơn nhiều, do trong phẫu thuật phải có tấm

lưới treo tử cung prothese hoặc tấm prolene của hãng Johnson & Johnson trị giá khoảng 500 USD[1]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi có 2/7 trường hợp đau sau phẫu thuật, theo Rivoire 80% rất hài lòng sau phẫu thuật có 2% không hài lòng[7]. Trong phẫu thuật treo tử cung, theo phương pháp cổ điển Terrier phải mổ mở thành bụng để lại sẹo lớn, giảm tính thẩm mỹ và đau đớn nhiều thời kỳ hậu phẫu[3].

Kết luận

Qua nghiên cứu 19 trường hợp sa sinh dục độ III-IV, được điều trị sa sinh dục độ II-IV hai thì, phẫu thuật phục hồi thành âm đạo kết hợp nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng, từ 06/01/2010 đến 12/11/2010, tại Bệnh viện hữu nghị Việt Nam-Cu Ba, Đồng Hới, Quảng Bình, chúng tôi ban đầu rút ra một số kết luận nổi bật sau:

- Điều trị hiệu quả trong sa sinh dục độ III-IV với kỹ thuật đơn giản cả hai thì: phục hồi thành âm đạo và nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng .
- Phẫu thuật ít xâm lấn, hạn chế tổn thương và tai biến, cho phép phục hồi sức khỏe nhanh chóng, đảm bảo tính thẩm mỹ và mang lại sự hài lòng cao.
- Có thể áp dụng cho mọi lứa tuổi, bảo tồn được tử cung, nâng cao chất lượng cuộc sống cho phụ nữ, đặc biệt lứa tuổi tiền mãn và mãn kinh.
- Phương pháp điều trị này không đòi hỏi thêm thiết bị ngoại nhập, giảm bớt chi phí cho người bệnh.
- Kỹ thuật phẫu thuật này có thể ứng dụng cho các cơ sở y tế có khả năng phẫu thuật nội soi từ cơ bản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Ân (2008). Y học TP Hồ Chí Minh. Điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ. Đại học Y dược TP. HCM, Tập 12, tr 120-124.
2. Lê Điềm (2003). Sa sinh dục. Bách khoa toàn thư, Nhà xuất bản y học, Tập II, tr 355-360.
3. Phan Trường Duyệt (1989). Phẫu thuật sản phụ khoa. Phẫu thuật sản phụ khoa, NXB Y học, tr 463-474, 538-577.

4. Colin Hodge, Robin Callander(1996). Tạo hình niệu đạo qua âm đạo. Phụ khoa hình minh họa. Nhà xuất bản Y học. Tr 289.
5. Harold M. M. Tovel, David N. Danforth (1977). Relaxation of pelvic supports, Obstetrics and gynecology, Medical Department. Harper & Row, Publishers, Hagerstown, Maryland, New York, San Francisco, London: 835-846.
6. Phan Xuân Khôi(2010). Kỹ thuật phẫu thuật nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng trong điều trị sa sinh dục. Y học TP Hồ Chí Minh, phụ bản tập 14, số 2, 2010. Tr 52-58.
7. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2008). Đánh giá bước đầu hiệu quả treo tử cung vào mỏm nhô trong điều trị sa tử cung độ II-III ở phụ nữ trẻ. Hội nghị ngoại khoa và nội soi toàn quốc năm 2008.
8. Marinkovic, Serge P, Stanton, Stuart L (2004). Incontinence and Voiding Difficulties Associated With Prolapse, J. Urol.171: 1021-1028.
9. Paraiso MF, Falcone T, Walters MD (1999). Laparoscopic Surgery for Enterocele, Vaginal Apex Prolapse and Rectocele. Int. Urogynecal J. Pelvic Floor Dysfunction, 10: 223-229.
10. Renaud Bollens, Fabienn Absil, Trần Ngọc Sính (2004). Phẫu thuật nội soi ổ bụng trong điều trị sa sinh dục. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 8, phụ bản số 2. NXB Y học. Tr 208-211.
11. Trần Ngọc Sính, Chu Văn Nhuận. Bệnh viện Chợ Rẫy (2007). Kết quả PTNS ổ bụng cố định sàn chậu vào mỏm nhô xương cùng sa sinh dục. www.phauthuatnoisoi.com/hoiptns/
12. Trường Đại học y dược TP Hồ Chí Minh (1996). Sản phụ khoa. Giãn sàn chậu, Nhà xuất bản TP. HCM. Tập II, tr1018-1024.
13. Ngô Văn Tài. Sa sinh dục. Tài liệu giảng dạy sau Đại học Y Hà Nội.
14. Wattiez A, Canis M, Mage G, Pouly JL, Bruhat MA (2001). Promontofixation for the Treatment of Prolapse. Urol. Clin. North Am, 28:151-157.